

# PRZEWODNIK PACJENTA

[www.szpitaljp2.krakow.pl](http://www.szpitaljp2.krakow.pl)

**Numer 01 (61-62) Styczeń - Luty 2018**



mgr Robert Kudyba, fizjoterapeuta  
Oddział Kliniczny Chirurgii Serca,  
Naczyń i Transplantologii  
Krakowski Szpital Specjalistyczny  
im. Jana Pawła II

## • Rehabilitacja po zabiegach kardiologicznych i kardiochirurgicznych

Na początek zacznijmy od definicji rehabilitacji kardiologicznej wg Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wyższego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

„Rehabilitacja jest wszechstronną i kompleksową (wielodyscyplinarną) interwencją, która ma na celu ułatwienie procesu zdrowienia, poprawę sprawności fizycznej i dobrostanu psychicznego”. W przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego mówimy o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

### Trochę historii

Tak naprawdę rehabilitacja kardiologiczna w naszym szpitalu zaczęła się w 1979 roku, gdy z Łodzi przybył dr hab Antoni Działkowiak wraz z grupą 5 lekarzy różnych specjalności tzw. „desantem łódzkim”, obejmując stanowisko Dyrektora Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej oraz Kierownika Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń w Krakowie, rozpoczynając program zabiegów na otwartym sercu. Wcześniej pod kierownictwem doc. Michała Juszczyńskiego funkcjonowało już Centrum Torako-Kardiochirurgiczne, ale operacje serca wykonywano tu sporadycznie. Pierwszymi operowanymi byli pacjenci doc. A. Działkowiaka oczekujący na zabiegi w Łodzi. Tymi chorymi początkowo zajmowali się rehabilitanci, którzy wcześniej usprawniali pacjentów pulmonologicznych, gdyż Szpital dr. Anki (ówczesna nazwa naszego szpitala) taki miał profil. Z roku na rok rosła liczba zabiegów kardiochirurgicznych, od 20 (październik, listopad 1979 r) do ponad 1000 w 1997 r. Wraz ze zwiększającą się liczbą operacji w 1980 roku zatrudniono nowych rehabilitantów, dedykowanych do rehabilitacji pacjentów po operacjach. W 1988 rozpoczęto program przeszczepów serca, a w 1990 r szpital zmienił nazwę na Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II. W 1997 roku oddano do użytku nowy budynek Kliniki Kardiologii, który został poświęcony przez swego patrona papieża Jana Pawła II w czerwcu tegoż roku. Rozpoczęła się wówczas nowa era w zabiegach na sercu, zarówno pod względem jakościowym i ilościowym. W styczniu 1998r ponownie powiększono Zespół Rehabilitantów Klinicznych do opieki nad pacjentami po zabiegach kardiochirurgicznych. Od tego czasu liczba operowanych pacjentów w Klinice systematycznie rosła, dochodząc do około 2500 rocznie. Tyle historii, popatrzmy jak z punktu widzenia rehabilitacji wygląda droga pacjenta operowanego na serce w naszej Klinice.

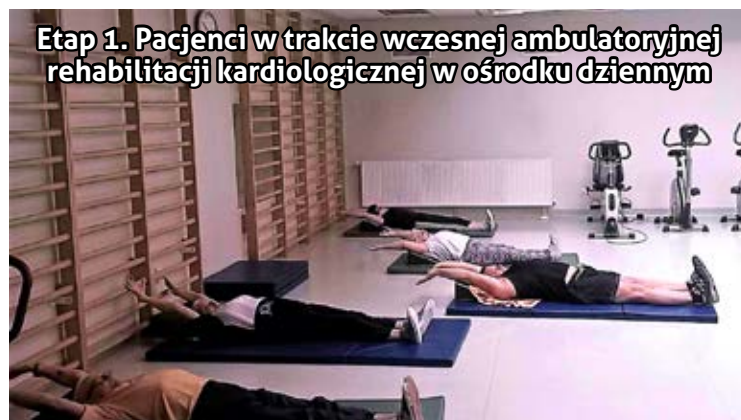
Rehabilitacja kardiologiczna dzieli się na: wczesną (etap 1 i 2) oraz późną (etap 3).

Pacjent idący na zabieg planowy z reguły przybywa do szpitala w przeddzień operacji. Jedną z wielu osób, które chorego badają i przygotowują do operacji jest fizjoterapeuta, informujący go jak będzie wyglądała rehabilitacja oddechowa zaraz po zabiegu. Zauważamy, że pacjent który otrzymał instruktaż przedoperacyjny budzi się spokojniej, lepiej współpracuje z fizjoterapeutą. Niestety, coraz więcej chorych jest operowanych w trybie nagłym i pobudka dla nich po zabiegu na Oddziale Intensywnej Terapii jest dużym stresem i wymaga więcej pracy i uwagi ze strony personelu.

### Rehabilitacja wczesna

#### Etap 1.

Po zakończonej operacji pacjent przenoszony jest z Bloku Operacyjnego na Oddział Intensywnej Terapii. Lekarz dyżurny po sprawdzeniu wyników badań laboratoryjnych i obrazowych, uzyskaniu logicznego kontaktu z chorym podejmuje decyzję o usunięciu rurki intubacyjnej (tzw. ekstubacji). Zabieg ten wykonywany jest przez pielęgniarkę lub pielęgniarza w obecności rehabilitanta, który niezwłocznie przeprowadza serię ćwiczeń oddechowych ułatwiających choremu m.in. odkształcenie zalegającej wydzieliny. Problemy, z którymi boryka się chory bezpośrednio po zabiegu, są następujące: ból rany pooperacyjnej (niekiedy mocno nasilony pomimo ciągłej podaży leków przeciwbólowych), przeszkody anatomiczne np. zespoły bólowe kręgosłupa, zwężenia tchawicy, wcześniejsze urazy po wypadkach komunikacyjnych itp. Ćwiczymy tak, aby pacjent maksymalnie zwiększył swą aktywność i podjął samodzielną akcję oddechową. Zaraz po wybudzeniu jest on pod silnym działaniem leków przeciwbólowych, co nasila senność i upośledza



**Etap 1. Pacjenci w trakcie wczesnej ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku dziennym**

oddychanie. Te pierwsze minuty po ekstubacji są bardzo istotne, gdyż w przypadku narastającej niewydolności oddechowej konieczna może okazać się ponowna intubacja, przedłużona wentylacja mechaniczna i związane z tym powikłania. Ćwiczymy manualnie, wspomagając głębokie wdechy i wydechy, nadzorując dmuchanie w butelkę z płynem w celu rozprężenia płuc. Obecnie, oprócz ćwiczeń możemy oczywiście, gdy jest taka potrzeba, wspomóc pacjenta urządzeniami do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (potocznie zwanymi BI- ▶▶▶

PAP). Jest to specjalny respirator z kilkoma programami oddychania, ale z maską twarzą zamiast rurki intubacyjnej. Inne urządzenie do wspomagania oddychania to generator przepływu nawilżonego i ogrzanego powietrza AIRVO.

Pacjent jest monitorowany i zabezpieczony przez fizjoterapeutę poprzez cały okres pobytu w Klinice. Trzeba tutaj nadmienić, że jesteśmy prawdopodobnie jedynym ośrodkiem kardiologicznym w Polsce, gdzie fizjoterapeuta jest dostępny dla pacjenta przez 24 godziny na dobę. Tę zasadę wprowadził jeszcze Pan prof. Antoni Działkowiak, po swoich pobytach stażowych w ośrodkach kardiologicznych w USA. Już na samym początku pracy w Krakowie w latach osiemdziesiątych rozszerzył zakres pracy rehabilitantów z jednej zmiany porannej na opiekę całodzienną, a po otwarciu nowego budynku kliniki na całodobową. Ta zmiana dotyczy przede wszystkim bezpieczeństwa pacjenta po operacji, zapobiegając powikłaniom oddechowym, co pozytywnie wpływa na jego stan zdrowia i ewidentnie skraca pobyt w szpitalu. Ponadto ekstubacje zazwyczaj mają



*Dolny rząd od lewej: dr Dominika Batory-Stachnik - kierownik, mgr Krystyna Tomczyk, mgr Donata Kołacz, dr Agnieszka Koziana-Thomas, mgr Małgorzata Kozerska-Drygała*

*górny rząd od lewej: st.tech. fizjoterapii Wanda Ziomek, mgr Wojciech Ćwiklicki, mgr Beata Jastrzębska, mgr Robert Kudyba.*

*Ponadto w Zespole pracują: dr Agnieszka Piwoda, dr Łukasz Potępa, mgr Małgorzata Śpiewak, mgr Agnieszka Komorowska, mgr Michał Bojko, mgr Monika Słupińska, mgr Zdzisław Gruca, mgr Ewa Preisner, mgr Władysław Sarliński, mgr Agnieszka Stanuch-Omorczyk, mgr Izabela Forsyjak (zastępstwo za mgr Joannę Rudowską), st. technik fizjoterapii Elżbieta Wilkoszewska. Jest to obsada kilku oddziałów*

miejsce także w godzinach wieczornych i nocnych wymagając asysty dyżurnego rehabilitanta (średnio operowanych jest 10-12 pacjentów na dobę). W godzinach nocnych zabezpieczamy także Oddział Pooperacyjny i Przeszczepowy udając się do chorych wymagających pilnej interwencji. Pacjent na każdym etapie pobytu w Klinice może więc liczyć na pomoc rehabilitanta. Jeżeli pacjent jest stabilny krążeniowo i wydolny oddechowo, to w 1-2 dobie po operacji jest przenoszony z Oddziału Intensywnej Terapii na Oddział Pooperacyjny. Jest również grupa chorych, która na Oddziale Intensywnej Terapii pozostaje dłużej i wymagają stałej rehabilitacji. Chorzy ci są inhalowani, sadzani na łóżkach, a następnie stopniowo pionizowani, a u pacjentów przewlekłe leżących czynnie i biernie ćwiczone są mięśnie kończyn górnych i dolnych. Przeciwdziałamy w ten sposób skutkom długotrwałego unieruchomienia np. odleżynom, przykurczom, zanikom mięśniowym. Kiedy stan chorego ulega poprawie rozpoczyna my chodzenie z asekuracją i balkonikiem.

Do wczesnego etapu rehabilitacji należy też pobyt na Oddziale Pooperacyjnym.

Z reguły już w 2-3 dobie po zabiegu pacjenci mają usuwane dreny pozostawione w klatce piersiowej przy zabiegu,

wtedy oddychanie staje się niewątpliwie łatwiejsze i niekiedy mniej bolesne. Przy naszej pomocy są pionizowani, rozpoczynają spacer. Najpierw odbywa się to z asekuracją rehabilitanta, i z balkonikiem a następnie samodzielnie. Pacjenci po zabiegach pomostowania tętnic wieńcowych (czyli po wszczępieniu tzw. by-pasów) mają z reguły pobraną żyłę odpiszczelową. Noga na początku może boleć i puchnąć. Przeciwdziała się temu środkami przeciwbólowymi i ćwiczeniami kończyn dolnych. Rehabilitacja prowadzona jest tak, aby zwrócić uwagę pacjentów na niebezpieczeństwo utracenia stabilności zeszytego mostka, dlatego też przypominamy o asekuracji klatki piersiowej przy kaszlu, przy wstawaniu, podpieraniu się, przy zmianie pozycji. Zalecany jest zakup pasów zabezpieczających operowaną klatkę piersiową. Uwaga: pełny zrost rany pooperacyjnej może trwać około pół roku! Pobyt w Klinice trwa średnio od 7 do 10 dni. Opieka rehabilitacyjna rozpoczyna się już w momencie wizyty przedoperacyjnej, trwa poprzez pobyt w Oddziale Intensywnej Terapii i Oddziale Pooperacyjnym, a kończy, gdy pacjent opuszcza mury Kliniki. Są też przypadki pacjentów z powikłaniami, którzy są leczeni w Oddziale przez wiele tygodni (a czasem miesięcy) pod naszą opieką od pierwszego do ostatniego dnia leczenia.

## Etap 2.

Drugi etap wczesnej rehabilitacji odbywa się podczas pobytu pacjenta w Szpitalu Uzdrawiskowym. Szpitale Uzdrawiskowe to ośrodki sanatoryjno-szpitalne, gdzie pacjent pozostaje pod opieką lekarską i pielęgniarską oraz codziennie uczestniczy w zajęciach rehabilitacyjnych. Szpital współpracuje ze Szpitalami Uzdrawiskowymi w Busku-Zdroju, w Rabce-Zdroju i Rymanowie-Zdroju. Prowadzone tam zajęcia grupowe zwiększające sprawność ogólną i przygotowujące do powrotu do normalnego aktywnego życia. W zależności od stanu ogólnego pacjenta, kwalifikowany jest on przez lekarza do jednego z modeli rehabilitacji A, B, C lub D. W modelu A, B, C zajęcia prowadzone są w grupach z różnym stopniem monitoringu (nadzoru). W modelu D pacjenta prowadzi się indywidualnie. Do tego modelu należy również



**Etap 2. Kontrolowany medycznie trening interwałowy na ergometrach rowerowych**

zaliczyć zajęcia ambulatoryjne, prowadzone na sali gimnastycznej w budynku Kliniki. Ćwiczenia te składają się z gimnastyki ogólnej i treningu rowerowego. Zajęcia zwiększają wydolność pacjentów. Pacjent podlega kontroli, sprawdza się ciśnienie krwi i tętno przed, w trakcie i na koniec zajęć. Zwiększa się obciążenia treningu rowerowego. Na zakończenie całego cyklu widać poprawę parametrów życiowych i wydolnościowych ćwiczących. Na terenie Szpitala funkcjonuje również Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, kierowani są doń pacjenci, którzy z różnych względów nie jadą do Szpitali Uzdrawiskowych. Pacjenci przebywają na tym oddziale przez okres podobny jak w sanatorium ok. 3 tygodni, uczestniczą w codziennych zajęciach rehabilitacyjnych, pozostają pod stałą opieką lekarsko-pielęgniarską.



### Etap 3.

Ostatni etap 3. (późny), można uznać za edukacyjny, prozdrowotny.

W tym etapie mamy utrwalić u pacjenta nawyki, mające zapobiegać nawrotowi choroby, edukować, na czym polega zdrowy tryb życia, odżywiania. Ten etap nie kończy się nigdy i trwa do końca życia.

Rehabilitacja kardiologiczna w innych Oddziałach Szpitala.



Rehabilitacja jest prowadzona także na Oddziale Klinicznym Elektrokardiologii, gdzie usprawnia się chorych po wszczępieniach rozruszników, kardiowerterów, defibrylatorów. Zwraca się głównie uwagę na zabezpieczenie miejsca wszczępienia rozrusznika w pierwszych godzinach po zabiegu. W drugiej dobie rozpoczynają się kontrolowane ćwiczenia kończyny górnej z reguły lewej. Rehabilitant ćwicząc z pacjentem pokonuje naturalny strach chorego przed poruszaniem kończyną po zabiegu. Na Oddziale Klinicznym Kardiologii Interwencyjnej rehabilitacja polega na usprawnianiu chorych po przebytych ostrych zespołach wieńcowych, po przezskórnych interwencjach wieńcowych i innych procedurach hemodynamicznych. Tam również fizjoterapeuta ściśle współpracuje z lekarzami i określa zakres i intensywność ćwiczeń, które można zaaplikować pacjentowi w danej dobie po zabiegu. Z reguły pierwsza doba to unieruchomienie, ponieważ w tętnicy najczęściej udowej pozostaje tzw. „koszulka naczyniowa” i to miejsce musi być chronione. Po usunięciu wkłucia dotętniczego i uzyskaniu pełnego przepływu krwi przez naczynie, już w drugiej dobie po zabiegu można uruchamiać pacjenta.

### Podsumowanie.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna ma na celu poprawę wydolności krążeniowo-oddechowej, obniżenie ciśnienia tętniczego, obniżenie masy ciała poprzez odpowiednią gospodarkę węglowodanową i lipidową, zmniejszenie i modyfikację czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, wypracowanie i utrwalenie prozdrowotnych nawyków (mających zapobiec nawrotowi choroby serca). Wypracowana przez lata w Klinice metoda rehabilitacji chorych po operacjach serca spowodowała skrócenie czasu ich pobytu z wyjściowych 3 tygodni w latach osiemdziesiątych, do 7-10 dni obecnie. Ma też na pewno wpływ na spadek ilości powikłań i zgonów okołozabiegowych. Nasz model rehabilitacji kardiologicznej był wielokrotnie wzorem dla innych, nowo otwieranych w Polsce ośrodków kardiologicznych. Służy pacjentom do dzisiaj. ■

#### Źródła:

1. Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Praca zbiorowa, autorzy eksperci Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.
2. Rehabilitacja kardiologiczna. M. Kuch, M. Janiszewski, A. Mamcarz.
3. Wydawnictwa okolicznościowe 25-lecia, 35-lecia Instytutu Kardiologii CM UJ w Krakowie. Pod redakcją. A. Dziatkowiak i W. Tracz
4. Wydawnictwo okolicznościowe 100-lecia Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II. Praca zbiorowa.
5. Ćwiczenia w rehabilitacji kardiologicznej. A. Piwoda. B. Jastrzębska.

### NIE SIEDŹ W DOMU, PRZYJŹ NA WYKŁAD!

KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II  
SERDECZNIE ZAPRASZA NA SZKOLENIA OTWARTE  
W BUDYNKU CENTRUM KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEGO - A V  
PRZY UL. PRAĐNICKIEJ 80 (WJAZD OD UL. FIELDORFA NILA).

#### 06 luty ( wtorek) 2018

12:00-12:45 Alkohol - element kultury grecko-judeo-chrześcijańskiej.  
Czy szkodzi zdrowiu jednostki i ogółu?  
- dr med. Jakub Machejek.

13:00-13:45 Przygotowanie pacjenta do wybranych badań diagnostycznych - dr med. Ewa Wicher-Muniak

#### 20 luty ( wtorek) 2018

12:00-12:45 Psychologiczne filary zdrowia - osobowość silna immunologicznie - dr Jolanta Siwińska,

13:00-13:45 Sód i inne pierwiastki w diecie - znaczenie kliniczne  
- dr med. Renata Kolasa-Trela

#### 06 marca ( wtorek) 2018

12:00-12:45 Częste i groźne przyczyny bólu głowy  
- dr med. Magdalena Wójcik-Pędziwiatr

13:00-13:45 Zasady leczenia przeciwzakrzepowego  
- dr med. Agnieszka Okraska-Bylica.

#### 20 marca ( wtorek) 2018

12:00-12:45 Choroby odkleszczowe - wytyczne  
- dr Izabela Górkiewicz-Kot

13:00-13:45 Stres i depresja - jak sobie z nimi radzić i gdzie szukać pomocy? - mgr Urszula Kiwit

**U W A G A:**  
**ZE WZGLĘDÓW ORGANIZACYJNYCH OSOBA PROWADZĄCA  
I TEMAT MOGĄ ULEC ZMIANIE.**  
Aktualizacje znajdziecie Państwo na stronie internetowej Szpitala:  
[www.szpitaljp2.krakow.pl](http://www.szpitaljp2.krakow.pl)

## • Relikwie Świętych w Kaplicy Szpitalnej



W tutejszym Szpitalu w kaplicy pw. Najświętszego Serca Pana Jezusa przylegającej do pawilonu A-III (budynek Dyrekcji) znajdują się relikwie św. Siostry Faustyny i św. Jana Pawła II



Również w kaplicy pw. Miłosierdzia Bożego znajdującej się w pawilonie M-V (wejście C piętro I) złożone są relikwie św. Jana Pawła II, które są wystawiane po mszy św. w niedzielę o godz. 10.30. ■

## Ciepło, które łączy



mpec.krakow.pl

## • POMOC ZIMOWĄ PORĄ

Niskie temperatury są szczególnie niebezpieczne dla osób bezdomnych. Wychłodzenie organizmu może zagrażać życiu i zdrowiu. W zimowym okresie istotne jest to, abyśmy zwracali uwagę na osoby bezdomne, będące pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, pozbawione schronienia, zajmujące pustostany, ogródki działkowe, dworce, klatki schodowe czy parki. Bezdomni mogą liczyć na wsparcie ośrodków, gdzie otrzymają ciepły posiłek i schronienie.

### Ilu bezdomnych?

W nocy z 8 na 9 lutego 2017 r. na terenie całego kraju zostało przeprowadzone Ogólnopolskie badanie liczby bezdomnych. W jego wyniku diagnozowano w Małopolsce 2054 osób bezdomnych, w tym 1614 osób przebywało w placówkach instytucjonalnych, a 440 osób poza nimi. Spośród 2054 bezdomnych osób 85,3% stanowili mężczyźni, 13,5% kobiety oraz 1,2% dzieci, które przebywały głównie w domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Najwięcej osób bezdomnych wskazano w Krakowie: 1196. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej za osobę bezdomną uważa się „osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy

i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania”.

### Gdzie szukać pomocy?

Osoby bezdomne, ubogie i starsze mogą otrzymać darmowy nocleg oraz posiłek, a także bezpłatną pomoc medyczną. Zgodnie z danymi zawartymi w Rejestrze placówek udzielających tymczasowego schronienia w Małopolsce, w Małopolsce przygotowanych jest 855 miejsc (z możliwością zwiększenia do około 1100) w noclegowniach, schroniskach i ogrzewalniach, łącznie w 23 placówkach. Osoby bezdomne mogą otrzymać gorący posiłek w 9 ww. placówkach, natomiast pomoc materialna udzielana jest w 21 spośród 23 placówek ujętych w rejestrze.

Osoby potrzebujące pomocy uzyskują wsparcie w powiatowych centrach pomocy rodzinie, ośrodkach pomocy społecznej oraz ośrodkach interwencji kryzysowej, a także zgłaszając się bezpośrednio do placówek prowadzonych zarówno przez podmioty publiczne, jak i niepubliczne, których działania ukierunkowane są dla tej grupy osób.

### Dobre zmiany w przepisach

Projekt nowelizacji ustawy o pomocy społecznej zakłada m.in.:

- wprowadzenie schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi jako dodatkowego typu placówki (świadczącej usługi opiekuńcze osobom wymagającym częściowej (nie przez całą dobę) pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych i opieki higienicznej),
- możliwość przyznania schronienia osobie bezdomnej oczekującej na umieszczenie w domu pomocy społecznej,
- rezygnację z wymogu zawarcia kontraktu socjalnego z osobą bezdomną w miejscu jej pobytu.



### Reagujmy

Jeśli zauważymy, że ktoś w związku z zimowymi warunkami atmosferycznymi może znajdować się w sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu, powinniśmy poinformować o tym odpowiednie służby:

- **Straż Miejską – tel. 986,**
- **Policję – tel. 997.**
- **dzwoniąc na numer alarmowy 112.**

Działa też – całodobowy i bezpłatny – numer 987, pod którym można uzyskać informację na temat pomocy dla bezdomnych. ■

Opracowanie: Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie